

THESIS

- München - 1963

DIE SEELISCHE VERARBEITUNG VON
KOPFUNFÄLLEN UND IHRE BEZIEHUNG
ZUR RETROGRADEN AMNESIE

Fritz  Wolfrum



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153505_0002

AUS DER PSYCHIATRISCHEN KLINIK DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN
Direktor: Professor Dr. K. Kollé

DIE SEELISCHE VERARBEITUNG VON
KOPFUNFÄLLEN UND IHRE BEZIEHUNG
ZUR RETROGRADEN AMNESIE

Inaugural - Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
verfasst und
einer Hohen Medizinischen Fakultät
der Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von
Fritz Wolfrum
aus München

München 1963

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Referent:	Professor Dr. J.E. MEYER
Korreferent:	Professor Dr. K. KOLLE
Dekan:	Professor Dr. A. HERRMANN

Tag der mündlichen Prüfung: 18. 6. 1963

INHALTSÜBERSICHT

	Seite
Einleitung	5
Zur Methodik	7
Ergebnisse	7
Zusammenfassung	14
Beschreibung einiger Fälle	15
Literaturverzeichnis	20

EINLEITUNG

Die vorliegende Arbeit gliedert sich in zwei Teile. Im ersten Teil werden die verschiedenen Möglichkeiten einer psychischen bzw. psychogenen Verarbeitung von Kopfunfällen an Hand einer Studie über ein ausgewähltes Patientenmaterial gezeigt. Im zweiten Teil der Arbeit wird untersucht, welche Beziehung zwischen einer vollständigen retrograden Amnesie auf der einen Seite und dem Entstehen einer Unfallneurose besteht. "Mit anderen Worten: Schützt eine vollständige retrograde Amnesie für das gesamte Unfallereignis vor dem Entstehen einer Unfallneurose?"

Das Studium der Literatur, sowie die Verschiedenartigkeit der Krankheitsbilder des untersuchten Patientenguts haben gezeigt, dass eine Trennung verschiedener Formen der sog. "Unfallneurosen" erforderlich ist. Die Wichtigkeit einer Einteilung für die vorliegende Untersuchung zeigt sich darin, dass nur eine bestimmte Gruppe von Krankheitsbildern, wie wir noch aufzeigen werden, Beziehungen zur retrograden Amnesie aufzuweisen hat.

In Anlehnung an BRUN (1), der über 1648 Hirntraumatiker (2) berichtet hat, lassen sich zwei Gruppen von posttraumatischen funktionellen Krankheitsbildern herausstellen, und zwar:

- A) Krankheitsbilder mit aktualneurotischer Symptomatologie, die durch den psychischen Schock (3), evtl. auch durch die mechanische Erschütterung (4) des Gehirns zustande kommen
- B) und Krankheitsbilder, bei denen es sich um einen psychischen Prozess handelt, die wir mit VENZLAFF (5) "psychoreaktive Störungen" bezeichnen.

Die erste Gruppe der Krankheitsbilder, die auch vegetative Neurosen genannt werden, muss weiter unterteilt werden:

- 1) die posttraumatische Schreckneurose, wobei der psychische Schock des Schreckens via Grosshirnrinde über die vegetativen Hirnzentren zu einer Alteration des Vasomotoriums (4) und dadurch zu einer Gleichgewichtsstörung im vegetativen Nervensystem, speziell im sympathico-adrenalen System, führt. Hierbei erlebt der Patient die vegetative Neurose entweder rein somatisch, häufig in Form unangenehmer Herzsensationen mit Pulsbeschleunigung und Blutdruckanstieg, häufig mit schwerer Atemnot verbunden, oder die Erlebnisse sind psychischer Natur, heftige Angstzustände in bestimmten Situationen, schreckhafte Träume usw. Dieses Krankheitsbild klingt im allgemeinen im Verlauf einiger Monate ab, allerdings sind neurotische Überlagerungen bei disponierten Persönlichkeiten ausgesprochen häufig.
- 2) Die Kommotioneurasthenie, ein typischer, oft recht schwerer neurastheniformer Symptomenkomplex, der sehr wahrscheinlich durch die mechanische Erschütterung der vegetativen Zwischenhirnzentren hervorgerufen ist. Durch eine

abnorme Erregbarkeit des Nervensystems kommt es dazu, dass normalerweise unerschwellige Organreize registriert werden, so z.B. von Seiten des Herzens, der Atmung, der Darmfunktion, ebenso wie Reize des spinalen Nervensystems, die dann als multiple Schmerzen, häufig als diffuse Rückenschmerzen angegeben werden. Charakteristisch sind auch die Beschwerden, die die Abnahme der Libido betreffen. Auch werden äussere Reizeinflüsse überstark registriert, was sich in einer besonderen Lärmempfindlichkeit, Lichtempfindlichkeit, Wetterfähigkeit, Schwindel bei Änderung der Lage usw. äussert. Mit dieser abnormen Erregbarkeit geht eine frühzeitige Erschöpfbarkeit in physischen und psychischen Funktionen einher. Die Komotionneurasthenie kann in schweren Fällen bis zu ein bis zwei Jahren fortbestehen, in der Grosszahl der Fälle klingt sie jedoch innerhalb weniger Wochen oder Monate ab. Häufiger noch als bei der erstgenannten Form der vegetativen Neurose, der Schreckneurose, kommt es zur neurotischen Überlagerung. BRUN (2) fand bei seinen Untersuchungen über 1117 Personen, die ein Schädeltrauma erlitten hatten, 398 Neurotiker und davon waren 41% auf eine vegetativneurotische Symptomatologie fixiert.

Die unter B) aufgeführten psychoreaktiven Störungen, die im medizinischen Sprachgebrauch meist als Unfall- oder Rentenneurosen bezeichnet werden, müssen ebenfalls unterteilt werden:

- 1.) die grosse Zahl der neurotischen Überlagerungen der vegetativen Neurosen
- 2.) die eigentlichen Psychoneurosen ohne vegetativ-neurotische Symptomatologie
- 3.) die Wunscheaktionen mit schwerer Aggravation und Simulation einhergehend
- 4.) und die psychoreaktiven Störungen bei Patienten mit psychopathischen Charakterstörungen.

Zum Phänomen der retrograden Amnesie möchten wir noch einige Angaben der Literatur anführen, die uns für die vorliegende Frage über die Zusammenhänge zwischen retrograder Amnesie und Unfallneurose wichtig erscheinen.

MAYER-GROSS (6) konnte an Hand einer Untersuchungsserie über retrograde Amnesien nach Elektroschockbehandlung zeigen, dass die retrograde Amnesie lediglich in 1/10 der Fälle länger als eine Minute währte, in 9/10 der Fälle nur wenige Sekunden bis eine Minute. Zu sehr ähnlichen Ergebnissen kam RUSSEL (7) an Hand von Untersuchungen bei Kopfunfällen. Weiter konnte Russel auf eine Erscheinung hinweisen, die ich in einigen meiner Fälle bestätigt fand. Er zeigte, dass in der zuweilen auftretenden Periode der posttraumatischen Verwirrtheit der Patient sich an den Augenblick, der der Bewusstlosigkeit direkt vorausging, zu erinnern scheint, während dafür später, wenn er volles Bewusstsein erlangt hat, Amnesie besteht.

Die Diskussion, ob die retrograde Amnesie durch ein "Auslöschen vorhandener Engramme" oder in einer "Störung des Einbaus von Gedächtnisinhalten" zu Stande

kommt, ist noch nicht abgeschlossen. MAYER-GROSS (6) vertritt mit Entschiedenheit die zweite Ansicht.

Ebenso ist nicht mit Sicherheit geklärt, ob die typische nur Sekunden bis Minuten dauernde retrograde Amnesie aufhellbar ist. MAYER-GROSS (6) weist auf die Unterschiedlichkeit des Erinnerungsvermögens für verschiedene Sinneseindrücke hin. Den Untersuchern KLEIN und KRAL (8) ist es gelungen, durch Rekonstruktion des Unfalls bei einem Patienten die retrograde Amnesie aufzuhellen. Da dies jedoch ein einmaliges Ereignis darstellt, lassen sich hieraus keine Schlüsse auf das Wesen der retrograden Amnesie ziehen.

ZUR METHODIK

50 Patienten der Nervenklinik der Universität München, die nach vorausgegangenem Schädeltrauma zur Behandlung oder zur Begutachtung kamen, wurden systematisch untersucht. Dabei handelte es sich um 5 Kopfprellungen, 27 Commotio cerebri und 18 Contusio cerebri. Ausser den Ergebnissen eigener gründlicher Exploration wurden die Krankengeschichten und Gutachten für die Registrierung der klinischen Befunde herangezogen.

Dem Untersucher ging es bei der Exploration darum, genaue und ausführliche Angaben über folgende Punkte zu erhalten:

- 1.) Detaillierte Schilderung der letzten Eindrücke im Zusammenhang mit dem Unfallgeschehen vor Eintritt der Bewusstlosigkeit.
- 2.) Die psychische Verfassung direkt nach dem Unfall bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt zu verfolgen.
- 3.) Hinweise auf die praemorbide Persönlichkeit, sowie die Einstellung des Patienten zum Unfallgeschehen.

ERGEBNISSE

Von unseren 50 Patienten, die nach vorausgegangenem Schädeltrauma zur Behandlung oder zur Begutachtung kamen, konnten 17 detaillierte Schilderungen der letzten Eindrücke im Zusammenhang mit dem Unfallereignis vor Eintritt der Bewusstlosigkeit bzw. vor dem Einsetzen der retrograden Amnesie, geben. Auffallend war, dass es sich dabei um 14 Patienten nach Commotio cerebri oder Kopfprellung, dagegen nur um drei Patienten nach Contusio cerebri handelte. Von 33 Patienten konnten 22 Patienten keine und 11 Patienten nur ungenaue und wenig detaillierte Angaben über letzte Eindrücke vor Eintritt der Bewusstlosigkeit machen. Schematisch dargestellt ergibt sich folgende Übersicht über die Häufigkeit detaillierter

Schilderungen in den drei Diagnosegruppen.

Patientengruppe	Anzahl
A) mit detaillierter Schilderung	17
davon: 1.) Kopfprellungen	2
2.) Commotio cerebri	12
3.) Contusio cerebri	3
B) mit ungenauer und wenig detaillierter Schilderung	11
C) ohne Angaben über letzte Eindrücke vor Eintritt der Bewusstlosigkeit	22

Bereits bei der Exploration haben wir die letzten Eindrücke vor Eintritt der Bewusstlosigkeit eingeteilt in optische, akustische, solche, welche hervorgerufen werden durch äussere mechanische Einwirkung und Sensationen des Gleichgewichtssinns und in eine Gruppe von Eindrücken, die bereits eine psychische Reaktion auf die Sinneswahrnehmungen darstellen, wie Erschrecken und Todesangst.

Unabhängig davon, ob der Unfall längere oder kürzere Zeit zurückgelegen hatte, bekamen wir bei der ersten Patientengruppe, die wir im Schema unter A) aufzuführen, exakte und detaillierte Angaben über die letzten Eindrücke vor Eintritt der Bewusstlosigkeit. Eine Patientin, die am 4. I. 59 durch einen Autounfall eine Commotio cerebri erlitten hatte, berichtete zwei Jahre später: "Mein letzter Eindruck war das Schleudern des Wagens, dass ich mit grosser Gelassenheit registriert habe, ohne dabei zu erschrecken oder Angst zu verspüren." Ein Patient berichtete über seinen Unfall, der ein Jahr zurückgelegen hatte: "Ich fuhr nach der Arbeit mit dem Moped nach Hause. Es regnete, ausserdem war es schon halb Nacht. Plötzlich spürte ich, wie es rum und rum ging. Ich hatte wahn sinnige Angst - dann war es aus." Eine Patientin, die ein Jahr zuvor einen Radunfall hatte: "Ich weiss noch, dass es einen starken Ruck am Rad gegeben hat und ich einen elektrisierenden Schmerz in beiden Armen verspürte. Du wirst doch jetzt nicht fallen, war mein letzter Gedanke, aber an ein starkes Erschrecken oder Todesangst kann ich mich nicht erinnern." Eine andere Patientin, die zwei Jahre zuvor durch einen Verkehrsunfall eine Commotio cerebri erlitten hatte, berichtete: "An einige Einzelheiten, an die sich meine Mutter und mein Bruder noch genau erinnern können, und die dem furchtbaren Krach und dem Quietschen der Räder vorausgegangen sind, kann ich mich nicht mehr erinnern. Aber dieses Krachen habe ich so deutlich in Erinnerung, dass ich mir in der ersten Zeit oft erschreckt die Ohren zuhalten musste, wenn ich ähnliches Geräusch hörte." Ähnliches berichtete ein Patient: "Dieses Quietschen der Räder war das letzte. An Angstgefühle kann ich mich nicht erinnern. Aber in

der ersten Zeit nach dem Unfall konnte ich dieses Quietschen nicht hören, ohne jedesmal furchtbar zu erschrecken." Ein anderer Patient, dessen Unfall drei Jahre zurück lag, berichtete: "Ich rutschte auf dem Rücken liegend, mit dem Kopf voraus den Abhang hinunter und konnte gerade noch sehen, wie der Raupenschlepper sich überschlug. Ich hatte ein furchtbares Gefühl, wie wenn mich die Raupe erdrücken würde, es ist wie die Hölle in Sekunden gewesen." Eine Patientin, die durch einen Arbeitsunfall eine Commotio cerebri erlitten hatte, berichtete: "Der mit Kartoffeln beladene Anhänger kam ins Rollen - direkt auf mich zu. Ich war wie gelähmt und konnte mich nicht von der Stelle rühren - dann setzt meine Erinnerung aus. Angst habe ich dabei eigentlich nicht verspürt. Aber später, wenn ich an diesen Augenblick dachte, ist mir vor Angst immer ganz schlecht geworden." Von 5 Patienten der Gruppe A), die vor Eintritt der Bewusstlosigkeit bzw. vor dem Einsetzen der retrograden Amnesie Schrecken oder Todesangst erlebt hatten, konnten 4 Patienten über gleiche, wenn auch abgeschwächte Angst- oder Schreckzustände in ähnlichen Situationen berichten. "Dieses Krachen habe ich so deutlich in Erinnerung, dass ich mir in der ersten Zeit oft erschreckt die Ohren zuhalten musste, wenn ich ein ähnliches Geräusch hörte," oder "in der ersten Zeit nach dem Unfall konnte ich dieses Quietschen nicht hören, ohne jedesmal furchtbar zu erschrecken." Ein anderer Patient: "Nach dem Unfall bin ich nachts oft erschreckt hochgefahren und hatte die gleiche furchtbare Angst, von der Raupe erdrückt zu werden, wie damals." "Eine Zeit habe ich mich nicht auf das Rad getraut. Der Gedanke an das Schleudern damals war mir zu furchtbar." Bei Patienten der Gruppe A), die über kein Schreckmoment berichten konnten, wie auch bei Patienten der Gruppe B) und C) unserer Tabelle, die ebenfalls kein Schreckmoment in Erinnerung hatten, kam es in der ersten Zeit nach dem Unfall in kritischen Situationen zu Angst- und Unsicherheitszuständen. Sowohl bei den Patienten mit erinnerbarem Schreckmoment, als auch bei den Patienten ohne erinnerbares Schreckmoment, spielten jedoch postcommotionelle Störungen wie überstarke Lärmempfindlichkeit, Schwindel- und Angstzustände und allgemeine Unsicherheitsgefühle eine wesentliche Rolle, so dass eine Trennung der Reaktionen auf das bedrohliche, abnorme Erlebnis des Unfalls von den postcommotionellen, vegetativen und psychischen Störungen meist nicht durchzuführen war. Weiter konnten wir beobachten, dass beide Erscheinungen, die Reaktionen auf das bedrohliche Erlebnis, wie auch die postcommotionellen Störungen, im allgemeinen im Verlauf einiger Monate abklangen, bzw. im Zusammenhang mit einer neurotischen, besonders rentenneurotischen Grundhaltung modifiziert wurden.

Die weiteren Ziele der Exploration, die wir unter den Ausführungen zur Methodik unter 2.) und 3.) aufgeführt haben, erlauben, zusammen mit den klinischen Befunden, die wir aus den Krankengeschichten und Gutachten entnehmen konnten, die folgende Aufgliederung des Patientenguts,

1. Verteilung der Unfallneurotiker (U.N.) auf die Diagnosegruppen.

Wir benützen hier den Sammelbegriff Unfallneurotiker und verstehen darunter alle neurotischen Fehlhaltungen, die im Zusammenhang mit einem Unfall in Erscheinung getreten sind. Im weiteren Verlauf soll dieser Sammelbegriff weiter aufgliedert werden.

Diagnosegruppen	Anzahl	davon U. N.	%
a) ohne Substanzschädigung des Gehirns			
Kopfprellungen	5	4	80
Comotio cerebri	27	16	60
b) mit Substanzschädigung des Gehirns			
Contusio cerebri	18	7	39
total	50	27	54

Die Zusammenstellung zeigt, dass bei unserem Patientengut die nicht, oder nur funktionell Hirngeschädigten einen höheren Prozentsatz an Unfallneurotikern aufweisen als die Strukturverletzten. Diese Tatsache bestätigt BRUN (2), der an einem grossen Patientengut von 1648 Schädeltraumatikern Untersuchungen angestellt hat. Diese Tatsache mag vor allen Dingen in dem unterschiedlichen Entschädigungsmodus begründet sein, der dem Schädel- oder Hirnverletzten ermöglicht, seine Ansprüche leichter geltend zu machen, dagegen den nur funktionell Geschädigten schnell abfindet oder abweist. Die Folge davon ist, dass der funktionell Geschädigte bei bestehenden posttraumatischen Beschwerden leicht in ein rentenquerulatorisches oder rentenkampfneurotisches Verhalten verfällt (9).

2. Alter der Unfallneurotiker zur Zeit des Unfalls.

Diagnosegruppen	Alter			
	0-15 J.	16-30 J.	31-45 J.	46-60 J.
Schädeltraumen ohne				
Comotio	1	1	1	1
Comotio cerebri	1	5	9	
Contusio cerebri		2	4	2
Total	2	8	14	3

Aus Statistiken (2) über die Verteilung von Unfällen über die verschiedenen Lebensalter geht hervor, dass eine erhebliche Unfallhäufung im Alter vom 20. - 35. L. J. stattfindet und zwar ist diese Häufung besonders bei Männern zu sehen. Dagegen zeigt obige Übersicht über das Patientengut, dass wir eine Häufung von Unfallneurosen bei Patienten vom 30. - 50. L. J. finden. Diese Tatsache findet ihre Erklärung darin, dass der grösste Teil der Unfallneurosen in diesem Altersabschnitt durch rentenneurotische Fehlhaltungen geprägt ist. In diesem Alter ist der Sicherungstrieb voll entwickelt, der bei jungen Menschen häufig noch kaum ausgeprägt ist. Ausserdem trägt besonders der Mann in diesem Alter die grösste Verantwortung für die Existenz seiner Familie. Ergänzend muss erwähnt werden, dass sich gerade rentenneurotische Fehlhaltung oft erst Jahre nach dem Unfall manifestieren, sei es durch Auftreten neuer schwieriger Lebenssituationen oder durch den Entzug einer Teilrente, so dass sich das Manifestationsalter der Renten neurosen im gesamten Durchschnitt um einige Jahre verschiebt.

3. Aufgliederung der Diagnosegruppe Unfallneurotiker.

Diagnosegruppe	Anzahl	%
1. Renten neurotiker	14	52
2. Neurotiker ohne Rentenbegehren	7	26
3. vegetative Neurosen ohne Rentenbegehren	6	22
1-3 ergibt die Diagnosegruppe Unfallneurosen	27	100
=====		
4. Psycho-reaktive Störungen bei psychopathischen Persönlichkeiten	3	
5. Rentenwunschreaktionen mit schwerer Aggravation und Simulation	3	

Aus der Tabelle ist ersichtlich, dass diejenigen Patienten, bei denen sich posttraumatisch eine Renten neurose entwickelt hat, weit an der Spitze stehen. Zum Unterschied zu den Patienten zu Gruppe 5 (Rentenwunschreaktionen mit schwerer Aggravation und Simulation) ist die rentenneurotische Fehlhaltung als ein neurotisches Symptom aufzufassen, das häufig mit anderen neurotischen Mechanismen kombiniert auftritt. Das neurotische Rentenbegehren ist ein charakteristisches Symptom des Neurotikers, dem das Unfallereignis die Regression auf ein narzistisch-infantiles Verhalten ermöglicht, mit dem primären Krankheitsgewinn, sich seinen Pflichten, Verantwortungen und letztlich seinem Gewissen entziehen zu können. und

mit dem sekundären Krankheitsgewinn, die Umwelt zu verpflichten für ihn zu sorgen. Dass dieser sekundäre Krankheitsgewinn, vom Staat versorgt zu werden, dazu beiträgt, dem Patienten das Verharren in seiner neurotischen Fehllhaltung zu gestatten, zeigt das Anwachsen der Renten neurosen mit der Entwicklung der sozialen Unfallgesetzgebung (10).

Wir konnten schon weiter oben zeigen, dass wir das Gros der Renten neurotiker im Alter vom 30. - 50. L.J. finden. Neurotiker ohne Rentenbegehren und vegetative Neurosen ohne Rentenbegehren fanden wir durchwegs entweder bei jugendlichen Patienten, oder bei solchen, die keine Entschädigung zu erwarten hatten.

4. Die Häufigkeit des Auftretens bestimmter neurotischer Symptome im Krankheitsverlauf der Diagnosegruppe Unfall neurotiker.

a) <u>Aktual (vegetativ)-neurotische Symptome</u>	20
1. Schreckneurotische Symptome (Pseudo-Phobien)	9
2. kommotioneurasthenische Symptome	11
b) <u>psycho-neurotische Symptome</u>	12
1. Phobien	3
2. Hysterische Symptome	6
3. Zwangsneurotische Symptome	1
4. Charakterneurosen (oder symptomlose Neurosen genannt)	2

Eingangs haben wir schon darauf hingewiesen, dass die vegetativ-neurotischen Symptome nach Kopfunfällen später häufig "psychogen überlagert", bzw. in einen vorbestehenden psychischen Komplex eingebaut werden, so dass schliesslich Neurosen mit aktual-neurotischem Kern entstehen. In sechs Fällen fanden wir Pseudo-Phobien und neurasthenische Symptome kombiniert. Wir wählen im Gegensatz zu HALLEN (11), der über 24 isolierte Phobien von 8 Patienten nach Verkehrsunfällen berichtet, für diese vegetativ ausgelösten Erscheinungen den Ausdruck Pseudo-Phobien (BRUN), da hier "keine Beziehung zur inneren Lebensgeschichte" besteht (9). Allerdings konnten wir sehen, wie in zwei unserer Fälle aus Pseudo-Phobien echte Phobien mit, durch den psychischen Komplex des Patienten bedingten, Sinngehalt entstanden.

Letztlich handelt es sich bei allen Renten neurosen mit aktual-neurotischem Kern um hysterische Mechanismen, bei denen die vegetativ-neurotischen Symptome als "Psychoreflex" (BECHTEREW) (12) ausgelöst werden - dem Patienten natürlich unbewusst und als somatische Störung scheinend. Im Gegensatz dazu, meinen wir in der Tabelle die klassischen hysterischen Symptome. So fanden wir bei drei Patienten hysterische Lähmungen, bei einem Patienten Krampfanfälle der rechten

Hand, Hyperventilationsanfälle mit Schreikrämpfen und "Bewusstlosigkeit" bei einer jungen Patientin und Weinkrämpfe, die sich in grosse hysterische Anfälle ausweiteten, bei einer letzten Patientin.

5. Beziehungen zwischen Unfallneurosen und retrograder Amnesie.

Unfallneurotiker	Anzahl	schreckneurotische Symptome
Patienten mit retrograder Amnesie ohne erinnerbares Schreckmoment	19	7
Patienten mit retrograder Amnesie mit erinnerbarem Schreckmoment	5	2

Die Diskussion über das Wesen der Schreckneurose ist schon lange im Gange. RAIMANN (13) stellte schon im Jahre 1904 die These auf, dass es sich bei der Schreckneurose um ein primär psychogenes Syndrom handelt. OSNATO und SPERLING gingen sogar soweit, alle neurotischen Spätfolgen auf das primäre Schreckerlebnis zurückzuführen. Diese Ansichten wurden später von Stierlin und in neuerer Zeit von BRUN (12) und anderen mit Entschiedenheit abgelehnt. SCHNEIDER (14) reiht die Schreckneurose unter abnorme seelische Erlebnisreaktionen ein. Vorausgesetzt, dass es sich bei den schreckneurotischen Zuständen (Pseudo-Phobien) nach Schädeltraumen um das gleiche Phänomen, nämlich um eine primär psychische Reaktion handelt, so müsste man erwarten, dass bei post-commotionellen schreckneurotischen Zuständen das erschreckende Ereignis des Unfalls für den Patienten erinnerbar ist, d.h. nicht durch die retrograde Amnesie ausgelöscht wurde. Aus unserer Tabelle geht jedoch hervor, dass wir schreckneurotische Zustände sowohl bei Patienten, die über kein erinnerbares Schreckerlebnis verfügen, als auch bei Patienten mit einem erinnerbaren Schreckerlebnis finden. Wir folgern daraus, dass nicht das in der Erinnerung haftende Schreckerlebnis ausschlaggebend ist, sondern die durch das Erlebnis ausgelöste "Angstreaktion", die auch eine Funktion des sympathico-adrenalen Systems ist. Die Bereitschaft, dieses einmal maximal erregten Systems, bei gleichsam unterschwelligen Reizen erneut zu reagieren, wird beibehalten (12). Deshalb scheint es berechtigt, von vegetativer Neurose zu sprechen. Je nach dem, ob mehr psychische Erscheinungen, die ja bei Erregungsabläufen des sympathico-adrenalen Systems als Begleitsymptom auftreten, oder nur die somatischen Erscheinungen wie Herzsensationen, Blutdruckkrisen und Atembeklemmung im Vordergrund stehen, spricht man von Schreckneurose mit psychischer oder somatischer Symptomatologie. Es ist verständlich, dass sich bei einer neurotischen Persönlichkeit, durch hypochondrische Beobachtung ein-

mal eine Herzneurose manifestieren kann, ebenso wie sich durch den Einbau in einen vorbestandenen psychischen Komplex eine echte Phobie entwickeln kann.

Bei der Frage nach einem Zusammenhang zwischen retrograder Amnesie für das Unfallerebnis und dem Auftreten von schreckneurotischen Symptomen scheint uns folgende Hypothese diskutabel: Durch das erschreckende Ereignis des Unfalls kommt es zu einer maximalen Affekterregung, die ihrerseits den sympathico-adrenalen Reflexmechanismus auslöst. Durch die sich anschliessende, traumatisch bedingte, funktionelle Schädigung des Nervensystems kommt es zum Phänomen der retrograden Amnesie, d. h. die zuletzt registrierten Sinnesreize können nicht mehr in Form von Engrammen fixiert werden - die Erinnerung an das erlebte Ereignis fehlt - die abnorme Erregbarkeit des sympathico-adrenalen Systems bleibt, und damit die Möglichkeit der Entstehung einer vegetativen Schreckneurose.

Aus dieser Betrachtungsweise heraus lässt sich jetzt auch das Gemeinsame mit der zweiten Form der vegetativen Neurose, der sogenannten Kommutationsneurasthenie, aufweisen. Auch hier handelt es sich um eine erhöhte Bereitschaft des Vegetativums zu abnormen Erregungen, die hier allerdings nicht durch die maximale Affekterregung von der Hirnrinde aus, sondern durch die mechanische "Gehirnerschütterung" hervorgerufen wird. Auch hier kann, zum Beispiel in Form einer Rentenkampfneurose, die zuerst rein vegetative Neurose schliesslich in Form eines "hysterischen Psychoreflexes" ausgelöst werden.

Die Ansicht Ewalds (4), dass eine vasolabile, vegetativ-stigmatisierte Konstitution für das Anhalten der vegetativen Erscheinungen nach Commotionen mitverantwortlich ist, erscheint durchaus möglich. Mit anderen Worten, es bestand schon vor der Commotio eine gewisse Funktionsstörung des Vegetativums - eine leichte Form einer vegetativen Neurose, wenn man es so bezeichnen will.

ZUSAMMENFASSUNG

50 Patienten nach Kopfunfällen wurden untersucht, es fanden sich 27 Patienten mit einer Unfallneurose. Der Sammenbegriff Unfallneurose konnte weiter differenziert werden in 14 Rentenneurosen, sieben Neurosen ohne Rentenbegehren und sechs reine vegetative Neurosen. Ausser Unfallneurosen fanden wir drei Fälle, bei denen es sich um psycho-reaktive Störungen bei psychopathischen Persönlichkeiten handelt, sowie drei weitere Fälle, bei denen grobe Rentenwunschreaktionen vorlagen.

Die Frage nach Zusammenhängen zwischen der retrograden Amnesie und dem Entstehen einer Unfallneurose ist dahin zu beantworten, dass für das Zustandekommen einer Unfallneurose die Erinnerung an das stattgefundenere Unfallereignis nicht ausschlaggebend ist.

Bei der Beschreibung der Fälle wollen wir uns auf einige charakteristische Krankheitsbilder beschränken und diese dafür ausführlich und auf die Zusammenhänge eingehend wiedergeben.

1. Frau H., eine 42-jährige Frau, geschieden und ohne Beruf, KB-Rentnerin, wurde gegen Kriegsende, im Frühjahr 1945, im Einsatz als Kriegsfliegerin, abgeschossen. Sie erinnert sich noch genau, wie das angeschossene Flugzeug abgetrudelt ist und wie sie dabei wahnsinnige Ängste ausgestanden hat. Sie erlitt damals neben verschiedenen Knochenbrüchen einen Schädelbasisbruch und eine, allerdings fragliche, Contusio cerebri. Erst nach sechs Tagen sei sie wieder bei vollem Bewusstsein gewesen, bis dahin sei sie in eigenartigen Dämmerzuständen gewesen. Neben starken Störungen des Vegetativums bestanden damals Kopfschmerzen, spontan auftretende Angstzustände und Angstträume, die in der ersten Zeit das schreckliche Erlebnis des Flugzeugabsturzes zum Inhalt hatten. Nach kurzer amerikanischer Gefangenschaft erhielt Frau H. 1946 eine 80% KB-Rente, 50% von orthopädischer und 30% von neurologisch-psychiatrischer Seite.

Die damals bei Aufregungen, bei Ärger und zur Zeit der Periode anfallartig auftretenden Kopfschmerzen, häufig von Schwindel und "Weinkrämpfen" begleitet, wurden lange Zeit mit Dilauidid-Atropin behandelt, was nach einiger Zeit zur Sucht führte. Frau H. wurde damals als haltlose, süchtige Psychopathin mit erheblicher Geltungssucht angesehen, wie in den Krankengeschichten aus jener Zeit zu lesen ist.

1947 ist Frau H. für kurze Zeit verheiratet gewesen. Die Ehe wurde jedoch bald wieder geschieden. Sie sei eben zu krank gewesen, erzählte Frau H., ausserdem frigid, auch wäre der Mann auf sie (ihre Krankheit) nicht eingegangen.

In der darauffolgenden Zeit seien Angstzustände beim Überqueren von Strassen und Plätzen aufgetreten, die anfallartig Kopfschmerzen gehäuft, besonders zur Zeit der Periode schlimm gewesen.

1949. Frau H. befand sich im Versetztenkrankenhaus Werneck in Behandlung. Da sie immer zum Putzen angehalten wurde, bekam sie einen "Schwächeanfall", danach sei die ganze linke Seite gelähmt gewesen. Nach 6 1/2 Wochen sei die Lähmung schlagartig wieder verschwunden.

1950. Frau H. war gerade 31 Jahre alt, es sei nach viel Kummer und Sorgen die Periode ausgeblieben, und bis jetzt nicht aufgetreten.

Februar 1951 erhält Frau H. nach einer Nachbegutachtung nur noch 70% KB-Rente.

Dezember 1951 wird Frau H., die gegen die Herabsetzung der KB-Rente heftig protestiert hat, in die Nervenklinik eingeliefert, nachdem sie sich in der für ihre Rente zuständigen Dienststelle sehr erregt hatte und dann kollabiert war. Es kommt zu einer erneuten Begutachtung. Frau H. klagt, wie schon

weiter oben berichtet, über anfallartige Kopfschmerzen mit Schwindel- und Schwächezuständen bei Aufregungen, Ärger, Hitze und Schrecken, ausserdem über Magenschmerzen, Durchfall, Haarausfall. Einerseits ist sie stark auf ihre Beschwerden fixiert und lässt sich gerne von Ärzten und Mitpatienten bedauern, andererseits ist sie jedoch gut ablenkbar, gibt auf der Station sogar Proben ihres früheren schauspielerischen Könnens zum Besten und liebt es, im Mittelpunkt zu stehen.

1961 kommt Frau H. wieder hierher in Behandlung. Das Krankheitsbild ist unverändert. Man hat stark den Eindruck, dass Frau H. nur noch ihrer Krankheit lebt. Sie geht jedes Jahr mindestens sechs Wochen in Krankenhausbehandlung und anschliessend einige Wochen zur Kur. Laufend konsultiert sie mehrere Ärzte gleichzeitig. Spricht Frau H. über ihre Beschwerden. so wird ihre Stimme klagend, ihr Gesichtsausdruck schmerzhaft verzerrt, sie berichtet in rascher Folge über alle möglichen Schmerzen und Beschwerden und leidet demonstrativ.

Zu diesem stark psychogen überlagerten Krankheitsbild ist folgendes zu sagen. Frau H. stammt aus gut bürgerlichen Verhältnissen. Sie besuchte die höhere Schule bis zur mittleren Reife und anschliessend eine Schauspiel- und Ballettschule. Da sie, wie sie berichtet, sehr gut ausgesehen hat und sehr talentiert war, machte sie schnell Karriere. Während einer Fronttournee lernte sie einen höheren Offizier kennen, der sie dazu bewog, an der Front zu bleiben und als Kurierfliegerin tätig zu sein. - Dann wurde sie abgeschossen und erlitt schwere Verletzungen. Der ihr bekannte Offizier, mit dem sie sich die Ehe erhofft hatte, fiel, ihre Eltern kamen bei einem Luftangriff auf ihre Heimatstadt um. Frau H. war selbst soweit kriegsbeschädigt, dass eine Rückkehr zur Bühne undenkbar war. Für sie war das Leben vorbei, wie sie selbst berichtet. was blieb. war ein trostloses Dahinvegetieren, ohne Lebensinhalt und ohne Abwechslung. So verfiel Frau H. immer mehr in ihre Krankheit. nicht nur weil sie eine hohe Rente anstrebte, sondern vor allen Dingen deshalb, um von allen Seiten bedauert zu werden, um bei den vielen Ärzten, die sie konsultiert hatte. und die vielen Krankenhäuser, die sie aufgesucht hatte. Beachtung zu finden, mit ihrer Krankheit im Mittelpunkt zu stehen und umhegt und umpflegt zu werden. Was ihr das Leben, das ihr einst so aussichtreich schien. nicht geben konnte. suchte sie jetzt durch ihre Krankheit zu gewinnen. Die unverarbeitete Lebenskrise führte zur neurotischen Konversion.

2. Herr L., ein 35-jähriger Mann, von Beruf Vertreter, im Besitz einer KB-Rente, erlitt im Juni 1944 eine Commotio cerebri. Vom Unfallereignis weiss er noch zu berichten, einen Granateinschlag gehört zu haben. dann setzt seine Erinnerung aus. Nach längerem Krankenhausaufenthalt wurde er nach Hause entlassen. um im Frühjahr 1945 zum Ersatztruppenteil einberufen zu werden. An Beschwerden hatte Herr L. in dieser Zeit häufig Kopfschmerzen gehabt. Herr L. gab 1946

um KB-Rente ein und erhielt bis 1954 50% Erwerbsminderung anerkannt. Die ganzen Jahre hindurch hat Herr L. als Vertreter gearbeitet und nie einen Arzt gebraucht.

1955 wird die Rente auf 20% herabgesetzt. Herr L. erhebt Klage und erhält nach langem Hin und Her 30% zugesprochen. Herr L. berichtet, dass er mit dieser Regelung im Grunde nie einverstanden war, da er wieder eine 50%ige KB-Rente anstrebe, auch der steuerlichen Vorteile wegen. "Es sei eine grosse Ungerechtigkeit gewesen." Der VdK hat Herr L. geraten, einen Verschlimmerungsantrag zu stellen. "Da habe ich diese Schwäche im linken Arm bekommen."

Am 6.4.1961 wird Herr L. hier stationär aufgenommen. Seine Klagen: Kopfschmerzen seien immer vorhanden. Er sieht dabei oft schwarze Pünktchen vor den Augen und hat Ohrensausen. "Weihnachten 1960, nach einer aufregenden Verhandlung lag ich abends im Bett, plötzlich, vor dem Einschlafen, wurde die ganze linke Seite pelzig. Am nächsten Tag hing der linke Arm schlaff herunter - gerade dass ich ihn noch rühren konnte." Die Lähmung soll sich dann nach zweimonatiger Behandlung völlig zurückgebildet haben. Als nächstes seien Herzkrämpfe aufgetreten. Herr L. musste sich in Krankenhausbehandlung begeben und wurde mit Strophanthin-Spritzen vier Wochen lang behandelt. Nach der Entlassung arbeitete Herr L. genau vier Wochen lang, dann sei die Lähmung plötzlich wieder schlimm geworden. Die Klagen über seine Beschwerden werden stark jammernd und übertrieben vorgetragen. Der linke Arm wird verkrampft gehalten, bei passiver Bewegung spürt man willkürlich Gegeninervation. Während des stationären Aufenthaltes wechselt die grobe Kraft von Tag zu Tag stark. Auch bei der übrigen Durchuntersuchung treten ausgesprochene Demonstrationstendenzen auf.

Bei der vorliegenden Rentenkampfneurose steht eine primäre neurotische Fehlhaltung und Simulations- und Aggravationstendenzen nebeneinander. Die Tatsache, dass die vor 1946 bestandenen Beschwerden durch die grosszügige Berentung praktisch aufgehört hatten, lässt den Schluss zu, dass bereits damals ein rentenneurotisches Verhalten vorgelegen hat. Durch den Verlust des Gewinnes, den ihm seine Krankheit brachte, verfiel Herr L. in seine, vor Jahren bestandene, rentenneurotische Fehlhaltung zurück.

3. Herr A., ein 30-jähriger, verheirateter Mann, Sohn und späterer Erbe eines Sägewerkbesitzers, erlitt am 28.2.1961 bei der Arbeit eine leichte Commotio. Herr A. war damit beschäftigt Langholz zu laden, als die Kette des Flaschenzuges riss, und ein herabstürzender Stamm ihn an der Schläfe streifte. Für das geschilderte Unfallereignis besteht eine retrograde Amnesie von Sekundendauer. Herr A. ist etwa fünf Minuten bewusstlos gewesen und hat sich dann in das Krankenhaus Ulm bringen lassen, wo die kleine Platzwunde an der Stirn und zwei gebrochene Rippen behandelt wurden. Ausser Kopfschmerzen, Schwindel

und Atembeschwerden habe er in der ersten Zeit anfallsweise starkes Herzklopfen und beängstigende Herzschmerzen bekommen. Nach dreiwöchigem Krankenhausaufenthalt und vierwöchiger Schonung zu Hause konnte Herr A. die Arbeit wieder aufnehmen, ohne nennenswerte Beschwerden zu haben.

Im Mai 1961 heiratete Herr A. eine ein Jahr jüngere Frau. Die Ehe wurde vor allen Dingen auf Betreiben der Mutter geschlossen.

Im Juli hat es begonnen mit Schwindelanfällen, Kopfschmerzen und Herzattacken. Herr A. liess sich deswegen im K.H. Ulm wieder stationär aufnehmen. Die Untersuchungen ergaben keinen krankhaften Befund. Herr A. fühlte sich von den Ärzten nicht ernstgenommen, "man schickte mich weg und sagte es seien nur Angstgefühle". In der darauffolgenden Zeit wurde Herr A. von seinem Hausarzt mit Tabletten behandelt - dann von einem Internisten untersucht, der ihn dann zum Nervenarzt überwies. Dieser schickte ihn nach einiger Zeit zu einem Herzspezialisten, der eine leichte Herzvergrösserung feststellte. (Durch die Herzneurose entstanden?) Da Herr A. immer kranker wurde, die anfallartigen Herzschmerzen jetzt auch mit starken Atembeschwerden "vom Herz her" immer häufiger auftraten, konnte Herr A. immer häufiger die ihm aufgetragene Arbeit nicht mehr ausführen.

Am 26.6.1962 schickte ihn der Hausarzt jetzt hierher. Bei uns klagte Herr A. über mannigfache Beschwerden. Wahnsinnige Kopfschmerzen, als ob Sulz im Kopf wäre. Herzattacken mit Luftnot und Übelkeit und grossem Schwächegefühl. Herr A. ist überzeugt, dass mit seinem Kopf etwas los sein muss und dass es hier endlich gefunden wird. Der Stationsarzt vermerkt: Am 28.6. wird eine Luftfüllung vorgenommen, die von Herrn A. gut vertragen wird.

29.6. Herr A. liegt freudestrahlend und erwartungsvoll im Bett. Als er erfährt, dass der Befund normal ist, zieht sich sein Gesicht in grosser Enttäuschung lang: "Also es muss doch etwas mit meinem Kopf los sein."

2.7. Dauernde Klagen, ständiges Hervorbringen vielfältiger Beschwerden. Herr A. verfolgt damit Ärzte und Personal wie ein kleines Kind. "es beginnt am Steiss und setzt sich auf das Brustbein fort" (gemeint ist sein Schmerz).

5.7. Auf die Eröffnung hin, dass er morgen entlassen werde, trägt er massiv auf, seit der L.P. schmerzt das ganze Kreuz usw. Nachdem nun auch Ro-Aufnahmen von der HWS und der BWS normalen Befund zeigten, erreicht die enttäuschte Erregung ihren Höhepunkt. "Er müsse trotz aller normaler Befunde krank sein. Er werde sich jetzt privat weiterbehandeln lassen und wenn es 3000 DM und mehr kostet. Die Rente sei ihm doch gleich (20% Erwerbsminderung), er sei doch Erbe und bekäme jetzt 1600 DM monatlich Lohn. Dass es Herrn A. nicht um eine Rente ging, war durchaus glaubhaft. Er wurde vom Vater mit einem Mercedes gebracht, verlangte Spezialuntersuchungen auf eigene Rechnung und verhehlte nicht, wie wohlhabend er sei. Herr A. ging es darum, seine Krankheit bestätigt zu bekommen, er wollte es schwarz auf weiss haben. Simulation schien uns ausgeschlossen.

Die genaue Erhebung der E. A. und der F. A. und daran anschliessend gezielte Exploration verschaffte uns Einblick in die Zusammenhänge.

Herr A., der älteste Sohn eines Sägewerk- und Gastwirtschaftsbesitzers, hatte schon als Kind unter dem harten und herrschsüchtigen Vater zu leiden, dagegen hing er mehr an der weichen und ihn immer in Schutz nehmenden Mutter. In der Volksschule, in der Sägewerkschule in Göppingen und in der Berufsschule war er immer nur mittelmässig. Nach und schon während seiner Ausbildung arbeitete er immer im väterlichen Betrieb, als "rechte Hand, oder besser als ein Knecht". Freunde hatte Herr A. keine, gerne hat er Abenteuerromane gelesen. Eine Zeitlang wollte er in die Fremdenlegion gehen. All die Jahre hat Herr A. unter dem Vater sehr gelitten. Der Vater verlangte unbedingten Gehorsam, auch als er schon 25 Jahre alt war, bekam er Schläge, wenn er eigenmächtig etwas regelte. Als Herr A. 28 Jahre alt war und der Vater gerade krank war, wurde Herr A. zugesagt, dass er jetzt die Leitung des Sägewerks übernehmen könne. Als der Vater wieder gesund war, dachte er nicht daran, seine Zusage zu halten. Herr A. verschob jetzt seine geplante Heirat wieder - "er wollte nicht als Knecht zur Hochzeit gehen". Wiederholt wurde ihm dann die Übergabe der Betriebsleitung zugesprochen und nicht gehalten. Jetzt kam der Unfall. Drei Monate später heiratete Herr A. eine energische, tatkräftige Frau, die ihn drängte, nicht länger beim Vater Knecht zu sein. Rebellion gegen den übermächtigen Vater war Herrn A. nicht möglich. So fand Herr A. an, bestimmte ihm aufgetragene Arbeiten mit dem Hinweis, erneut starke Schmerzen zu haben, nicht auszuführen. Mit der Zeit führte jede "Knechtarbeit" augenblicklich zu wahnsinnigen Kopf- und Herzschmerzen mit Atembeschwerden. Nach einiger Zeit konnte Herr A. überhaupt nichts mehr anfassen, seine Tätigkeit bestand darin, die Arbeiter zu beaufsichtigen und mit dem "Mercedes" die Kundschaft zu besuchen. So verdrängte Herr A. seinen Vater, natürlich ohne bewusste Absicht, dazu fehlt ja der Mut, aus seiner Machtposition, indem er immer mehr die eigentliche Arbeit des Vaters übernahm und sich weigerte, die frühere "Knechtarbeit" weiter zu tun.

Der Vater des Herrn A. war natürlich mit dieser Entwicklung nicht einverstanden, zumal er den Verdacht geschöpft hatte, sein Sohn übertreibe absichtlich. Bei den jetzt folgenden Auseinandersetzungen wurde Herr A. aus seiner mühsam, nicht erkämpften, sondern "erkrankten" Position wieder verdrängt. Ihm blieb nur noch die Ausflucht in seine Krankheit, die ihm ja schon vorher er-möglicht hatte, die, nach seiner Meinung untragbare, Knechtarbeit zu ver-weigern. - So verstehen wir auch seinen heftigen Wunsch, seine Krankheit an-erkannt zu bekommen, um seine alte Position wieder einnehmen zu können. Am Fall des Herrn A. sehen wir, wie die einst bestandenen postcommotionel-len Beschwerden, in einen vorbestandenen psychischen Komplex eingebaut und durch hysterische Mechanismen als "Psychoreflex" ausgelöst, zu einer schweren Neurose mit vegetativ-neurotischem Kern führten.

- 1.) Brun, R.: Allgemeine Neurosenlehre.
Basel: Benno Schwabe & Co, 1954, 3. Auflage
- 2.) Brun, R.: Katamnestiche Untersuchungen über Verlauf und Spätfolgen von Schädel- und Gehirntraumen auf Grund eines Krankengutes von 1648 Fällen.
Schweizerische Zeitschrift für Unfallmedizin und Berufskrankheiten, 52/I, 3, (1959)
- 3.) Faust, Cl.: Die psychischen Störungen nach Hirntraumen.
Psychiatrie der Gegenwart.
Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer, 1960
- 4.) Ewald, G.: Lehrbuch der Neurologie und Psychiatrie.
München-Berlin: Urban-Schwarzenberg. 1959, 4. Auflage
- 5.) Venzlaff, U.: Die psycho-reaktiven Störungen nach entschädigungspflichtigen Ereignissen.
Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1958
- 6.) Mayer-Gross, W.: Retrograde Amnesia.
Lancet 1943/IV, 603
- 7.) Russel, W.R.: Cerebral Involvement in Head Injury
Brain 55, 549, (1932)
- 8.) Klein R. und Kral, A.: Zit. nach Mayer-Gross.
- 9.) Kolle, K.: Psychiatrie.
Stuttgart: Thieme, 1961, 5. Auflage
- 10.) Schultze, F.: Erfahrungen über Neurosen nach Unfällen.
Wiesbaden: Bergmann, 1912
- 11.) Hallen, O.: Über isolierte Phobien nach Verkehrsunfällen.
Nervenarzt 31, 544, (1960)
- 12.) Brun, R.: in Hoff H. -Lehrbuch der Psychiatrie.
Basel-Stuttgart: Benno Schwabe & Co., 1956
- 13.) Raimann, E.: Die hysterische Geistesstörung.
Leipzig und Wien: Denticke, 1904
- 14.) Schneider, K.: Klinische Psychopathologie.
Stuttgart: Thieme, 1959, 5. Auflage

Mein besonderer Dank gebührt Herrn Professor Dr. J. E. MEYER für die Überlassung des Themas. Herzlichen Dank schulde ich dem Direktor der Klinik, Herrn Professor Dr. K. KOLLE, der mir Gelegenheit gab, an der Klinik meine praktischen Untersuchungen vorzunehmen. Der Bayerischen Staatsbibliothek, der Münchner medizinischen Bibliothek, sowie besonders auch der Bibliothekarin der Universitätsnervenklinik München danke ich für die Unterstützung, die mir bei der Literaturarbeit zuteil wurde.

LEBENS LAUF

Am 2. 3. 1936 wurde ich, Fritz Wolfrum, als zweites Kind des Fabrikantenehepaares Georg und Walli Wolfrum in Komotau im Sudetenland geboren.

Grosspriesen an der Elbe bei Aussig war der Wohnsitz meiner Eltern, wo ich bis zur Austreibung im Jahr 1945 drei Jahre lang die Volksschule besuchte. Nach der Austreibung lebten wir erst ein Jahr in Niederbayern, bis wir eine zweite Heimat in Lauchheim fanden, wo mein Vater ein eigenes Unternehmen gründete. In der nahen Kreisstadt Aalen besuchte ich das Real-Gymnasium und bestand im Frühjahr 1956 das Abitur.

Das Medizin-Studium begann ich in Tübingen und setzte es in Freiburg i. Breisgau fort. Nach dem Physikum studierte ich erst in Wien, wo mich die psychoanalytisch ausgerichtete Hoff'sche Schule besonders interessierte. In München beendete ich mein Studium mit dem medizinischen Staatsexamen im Sommer 1962. Seit 1. August 1962 bin ich als Medizinalassistent in dem Kreiskrankenhaus München-Perlach tätig.

